

© Н. А. СТОГОВА, 2018

УДН 616.25-002.5-06:616-006.6

DOI 10.21292/2075-1230-2018-96-10-48-53

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЛЕВРИТ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ТРИ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЯ

Н. А. СТОГОВА

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж, Россия

Цель исследования: на примере 3 клинических наблюдений выявить особенности клинических проявлений туберкулезного экссудативного плеврита и определить тактику действий врачей общей лечебной сети по его выявлению у больных с онкологической патологией.

Материал и методы. Проведен анализ данных историй болезни 3 больных туберкулезным плевритом в возрасте 57, 58 и 59 лет, находившихся на обследовании и лечении в Воронежском областном противотуберкулезном диспансере в 2000-2012 гг., которые ранее (8 мес., 2 года и 10 лет назад соответственно) получали комбинированную терапию по поводу рака молочной железы.

Полученные результаты. Особенностью клинических проявлений туберкулезного плеврита у больных, имеющих онкологическую патологию, является отсутствие острых вариантов течения, выраженных клинических проявлений заболевания и угнетение туберкулиновой чувствительности. Развитие плеврита при отсутствии туберкулезных изменений в легких и микобактерий туберкулеза в мокроте и плевральном экссудате создает диагностические трудности в определении этиологии плеврального выпота. Установлено, что раннее применение пункционной биопсии парietальной плевры позволяет в короткие сроки (5-8 дней) установить диагноз туберкулезного плеврита.

Ключевые слова: туберкулезный плеврит, рак молочной железы, диагностика, биопсия плевры

Для цитирования: Стогова Н. А. Туберкулезный плеврит у больных раком молочной железы: три клинических наблюдения // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018. – Т. 96, № 10. – С. 48-53. DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-10-48-53

TUBERCULOUS PLEURISY IN BREAST CANCER PATIENTS: THREE CLINICAL CASES

N. A. STOGOVA

Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko, Voronezh, Russia

The objective of the study: to detect specific clinical signs of tuberculous exudative pleurisy and define the tactics for doctors from general medical services for its detection in cancer patients.

Subjects and methods. The case histories of 3 patients suffering from tuberculous pleurisy at the age of 57, 58 and 59 years were analyzed; all the patients were examined and treated in Voronezh Regional TB Dispensary in 2000-2012; and earlier (8 months, 2 and 10 years before that respectively) they received combination therapy due to breast cancer.

Results: The specific clinical manifestations of tuberculous pleurisy in the patients who had cancer were the absence of acute courses of the disease and no intense clinical manifestations as well as suppressed sensitivity to tuberculin. Development of pleurisy when there are no changes in the lungs and no mycobacteria are detected in sputum and pleural effusions results in difficulties in diagnostics aimed to define the etiology of pleural effusions. It was found out that the early use of puncture biopsy of parietal pleura allowed diagnosing tuberculosis within a short period of time (5-8 days).

Key words: tuberculous pleurisy, breast cancer, diagnostics, pleural biopsy

For citations: Stogova N.A. Tuberculous pleurisy in breast cancer patients: three clinical cases. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2018, Vol. 96, no. 10, P. 48-53. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-10-48-53

Проблема сочетания туберкулезного и онкологического процессов в организме человека является достаточно сложной и в настоящее время сохраняет актуальность в силу различных обстоятельств. Во-первых, в условиях наблюдающегося в последние годы роста онкологических заболеваний растет и частота выявления их сочетания с туберкулезом как среди больных противотуберкулезных, так и онкологических лечебно-профилактических учреждений; во-вторых, ввиду сходства клинических и рентгенологических признаков туберкулезного и опухолевого процессов органов дыхания дифференциальная диагностика этой патологии является трудной задачей и нередко приводит к диагностическим ошибкам [2, 5, 6, 9].

В литературе имеется достаточно данных о сочетании рака и туберкулеза легких [1, 3, 4, 10, 11].

Кроме того, проводимая у больных с опухолевыми процессами лучевая и химиотерапия оказывает иммуносупрессивное действие на организм больного, что позволяет таких больных относить к группе риска заболевания туберкулезом [8]. Вместе с тем в литературе имеются лишь единичные сообщения о диагностике туберкулезного плеврита у онкологических больных. Установлено, что у лиц пожилого и старческого возраста туберкулезный плеврит сочетается с онкологическими заболеваниями различных локализаций в 4,65% случаев [7]. Появление экссудативного плеврита у больных, имеющих в анамнезе онкологический процесс, нередко ошибочно трактуется как метастазирование опухоли в плевру. Однако среди плевральных выпотов, имеющих опухолевую природу (первичные и метастатические процессы), метастазирование рака из молоч-

ной железы наблюдается лишь в 3,17% случаев [7]. В этиологической диагностике плевральных выпотов врачи не всегда используют методы микробиологической и морфологической верификации диагноза, это ведет к позднему выявлению туберкулезного плеврита, требующего изоляции инфекционного больного и проведения противоэпидемических и лечебных мероприятий.

Представлены архивные данные историй болезни 3 больных туберкулезным экссудативным плевритом в возрасте 57-59 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении плевральной патологии Воронежского областного противотуберкулезного диспансера им. Н. С. Похвисневой в 2000-2012 гг.

Приводим три клинических случая туберкулезного плеврита у пациенток, имевших в анамнезе рак молочной железы и получавших комбинированную противоопухолевую терапию в онкологическом диспансере. В стационаре больным проводилось стандартное клиничко-рентгенологическое, лабораторное и инструментальное обследование с применением пункционной биопсии париетальной плевры, микробиологических и иммунологических методов обследования. Лечение назначали согласно существующим на момент госпитализации приказам и инструкциям МЗ РФ в стандартных режимах и дозировках лекарственных препаратов, проводили аспирацию плеврального экссудата 2-3 раза в неделю, патогенетическое и симптоматическое лечение.

Клиническое наблюдение 1. Больная С. (58 лет), жительница Воронежской области, инвалид II группы по онкологическому заболеванию. В 1998 г. была произведена мастэктомия слева по поводу рака молочной железы, после которой получала лучевую и химиотерапию. В анамнезе – ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь II стадии. Ранее туберкулезом не болела, контакт с больными туберкулезом отрицает. Состояние ухудшилось 11.04.2000 г., когда появились сухой кашель, одышка при физической нагрузке, повысилась температура тела до 38,4°C. Обратилась к врачу по месту жительства, лечилась с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». При рентгенографии органов грудной клетки 16.04.2000 г. выявлен левосторонний экссудативный плеврит. Продолжила лечение в ЦРБ по поводу пневмонии, осложненной экссудативным плевритом, без эффекта. С подозрением на метастатический экссудативный плеврит 12.05.2000 г. была направлена на консультацию в онкологический диспансер. Для верификации диагноза онколог направил ее в отделение плевральной патологии противотуберкулезного диспансера (ПТД).

При поступлении в стационар ПТД 16.05.2000 г. – состояние больной средней тяжести, температура тела 37,8° С. Кожные покровы чистые, имеется послеоперационный рубец слева после мастэктомии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких при перкуссии слева – притупление

перкуторного звука ниже угла лопатки, при аускультации здесь же дыхание резко ослаблено. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс – 86 уд./мин, АД – 140/85 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в левой плевральной полости определяется жидкость от купола диафрагмы до III ребра. Анализ крови: гемоглобин – 131 г/л, эритроциты – $4,12 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,95, лейкоциты – $5,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 33%, моноциты – 3%, СОЭ – 8 мм/ч. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 2 мм. При плевральной пункции получен серозный экссудат. Анализ экссудата: белок – 36,6 г/л, лимфоциты – 100%. В мокроте и плевральном экссудате микобактерии туберкулеза (МБТ) не обнаружены методами микроскопии и посева. Результаты иммуноферментного анализа (ИФА) на наличие антител к МБТ в сыворотке крови и экссудате – отрицательные. Гистологическое исследование материала пункционной биопсии плевры слева: эпителиально-клеточные гранулемы (ЭГКГ) с клетками Пирогова – Лангханса, местами с казеозным некрозом в центре; заключение – гранулематозный специфический (туберкулезный) процесс в плевре. Больной была назначена комбинированная противотуберкулезная терапия, проводили плевральные пункции с аспирацией экссудата. В результате лечения нормализация температуры тела произошла через 62 дня, плевральная экссудация закончилась через 45 дней. Выписана из стационара 19.07.2000 г. Однако в результате несвоевременного направления больной в противотуберкулезный диспансер (через 36 дней от первого обращения к врачу) излечение наступило с умеренно выраженными плевральными наложениями (утолщение плевры до IV ребра). Таким образом, диагноз туберкулезной этиологии плеврита был верифицирован в условиях противотуберкулезного диспансера с помощью гистологического исследования материала пункционной биопсии париетальной плевры, в котором выявлены типичные для туберкулеза ЭГКГ с казеозным некрозом в центре.

Клиническое наблюдение 2. Больная З. (57 лет), жительница Воронежской области, пенсионерка. Находилась на стационарном лечении в Воронежском противотуберкулезном диспансере с 7.06.2006 г. по 18.07.2006 г. В 1996 г. была произведена мастэктомия слева по поводу рака молочной железы, после чего получила курс лучевой терапии. В анамнезе – ишемическая болезнь сердца. Ранее туберкулезом не болела, но у мужа в 2004 г. был выявлен туберкулез легких, он лечился в стационаре 10 мес. Считает себя больной с 26.04.2006 г., когда после переохлаждения повысилась температура тела до 37,5°C, появилась боль в левой половине грудной клетки. Лечилась самостоятельно «от простуды». Состояние не улучшалось, появи-

лась и стала нарастать одышка, сохранялась субфебрильная температура тела. К врачу обратилась 07.05.2006 г. и была госпитализирована в участковую больницу, где в течение 10 дней лечилась по поводу обострения хронического бронхита. Состояние не улучшалось, 17.05.2006 г. была переведена в ЦРБ, где 01.06.2006 г. при рентгенологическом обследовании был выявлен двухсторонний экссудативный плеврит, при плевральных пункциях с обеих сторон было удалено по 1 500,0 мл серозного экссудата. Больная 06.06.2006 г. была направлена на консультацию в Воронежский областной онкологический диспансер, а затем госпитализирована в противотуберкулезный диспансер.

При поступлении состояние больной средней тяжести, температура тела 37,1°C. Рост 160 см, масса тела 46 кг. Кожные покровы бледные, чистые, послеоперационный рубец слева после мастэктомии. Выявлено увеличение надключичных лимфатических узлов с обеих сторон до 0,5-0,7 см. В легких при перкуссии в подлопаточных областях – притупление перкуторного звука, при аускультации здесь же дыхание резко ослаблено. Тоны сердца чистые, ритмичные, тахикардия. Пульс 100 уд./мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – в плевральных полостях с обеих сторон определяется жидкость до IV ребра. Анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – $4,28 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,97, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 35%, моноциты – 4%, СОЭ – 48 мм/ч. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная. При плевральных пункциях с обеих сторон получен серозный экссудат. Анализ экссудата: белок – 36,6 г/л, лимфоциты – 100%. В мокроте и плевральном экссудате МБТ не обнаружены методами микроскопии и посева. Результаты ИФА на наличие антител к МБТ в сыворотке крови и экссудате – отрицательные. Гистологическое исследование материала пункционной биопсии плевры слева: фиброзная и жировая ткань, справа: ЭГКГ с клетками Пирогова – Лангханса без казеозного некроза в центре; заключение – гранулематозное воспаление в плевре справа. Больной проводили комбинированную противотуберкулезную терапию по I режиму, плевральные пункции с аспирацией экссудата. Однако состояние больной не улучшалось, а с 12.07.2006 г. стало прогрессивно ухудшаться – нарастали одышка, общая слабость, усилилась боль в левой половине грудной клетки, появились периодические боли в эпигастральной области, ухудшился аппетит, сохранялась плевральная экссудация, а справа экссудат приобрел геморрагический характер. При рентгенологическом исследовании 05.07.2006 г. в легких отмечено появление множественных мелкоочаговых теней, установлена гиперплазия паратрахеальных и трахеобронхиаль-

ных лимфатических узлов. 18.07.2006 г. при нарастающих явлениях легочно-сердечной недостаточности больная скончалась. Патолого-анатомическое исследование выявило сочетанное опухолевое и туберкулезное поражение плевры. При микроскопическом исследовании ткани плевры с обеих сторон были выявлены как ЭГКГ с казеозным некрозом, так и опухолевая ткань. Патолого-анатомический диагноз. Основной диагноз – рак левой молочной железы, состояние после комбинированного лечения в 1996 г., множественные метастазы опухоли в лимфатические узлы средостения, забрюшинного пространства, печень, легкие, плевру, стенку тонкого кишечника (гистологическая форма – инфильтрирующий протоковый рак). Сочетанный диагноз – двухсторонний экссудативный туберкулезный плеврит. Осложнения – белковая дистрофия паренхиматозных органов, венозное полнокровие внутренних органов, кахексия, отек легких и головного мозга. Смерть больной последовала от прогрессирования опухолевого процесса.

Таким образом, диагноз туберкулезной этиологии плеврита у больной был заподозрен в связи с наличием синдрома интоксикации и тесного семейного контакта с больным туберкулезом мужем и подтвержден как гистологическим исследованием материала пункционной биопсии плевры, так и впоследствии при микроскопическом исследовании секционного материала. Взаимное неблагоприятное воздействие туберкулезного воспаления и онкологического процесса способствовало прогрессированию заболеваний. При этом распространенное метастазирование рака молочной железы привело к летальному исходу пациентки. Данное наблюдение иллюстрирует редкий случай сочетанного поражения плевры туберкулезным и опухолевым процессом.

Клиническое наблюдение 3. Больная Л. (59 лет), жительница г. Воронежа, пенсионерка. В феврале 2011 г. была произведена мастэктомия слева по поводу рака молочной железы, после которой получила 6 курсов химиотерапии. В анамнезе – гипертоническая болезнь II стадии. Ранее туберкулезом не болела, контакт с больными туберкулезом отрицает. Состояние ухудшилось в первых числах сентября 2011 г., когда появился сухой надсадный кашель, повысилась температура тела до 38,0°C. Обратилась к участковому терапевту, лечилась в поликлинике азитромицином. Температура тела через 2 дня нормализовалась, но кашель сохранялся, стала нарастать одышка, ухудшился аппетит. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки 11.10.2011 г. в левой плевральной полости обнаружена жидкость до V межреберья (рис. 1). После консультации фтизиатра была направлена в отделение плевральной патологии противотуберкулезного диспансера для уточнения этиологии плеврита. При поступлении в стационар 31.10.2011 г. – состояние больной удовлетворительное, температура



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больной Л. от 11.10.2011 г. Слева – состояние после мастэктомии, в левой плевральной полости жидкость до V межреберья. Остальные легочные поля без особенностей

Рис. 1. Fig. 1. Chest X-ray of female patient L. as of 11.10.2011. On the left – the state of after mastectomy; in the left pleural cavity, fluid achieving the 5th intercostal space is visualized. There are no changes in the lung fields

тела 36,7°С. Кожные покровы чистые, слева – послеоперационный рубец после мастэктомии. Рост 164 см, масса тела 88 кг. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких при перкуссии слева – притупление перкуторного звука ниже угла лопатки, при аускультации здесь же дыхание резко ослаблено. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс 86 уд./мин, АД – 140/70 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в левой плевральной полости определяется жидкость до V ребра. Анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,90, лейкоциты – $5,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 71%, лимфоциты – 18%, моноциты – 4%, СОЭ – 21 мм/ч. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 10 мм, при пробе с диаскинтестом – папула 11 мм. При плевральной пункции получен серозный экссудат. Анализ экссудата: белок – 39,9 г/л, лимфоциты – 100%. В мокроте и плевральном экссудате МБТ не обнаружены методами микроскопии и посева. Результаты ИФА на наличие антител к МБТ в сыворотке крови и экссудате – положительные. При фибробронхоскопии патологии в бронхах не выявлено. Гистологическое исследование материала пункционной биопсии плевры: ЭГКГ без некроза, одна из них содержит клетки Пирогова – Лангханса;

заключение – гранулематозное воспаление плевры, признаков злокачественного опухолевого роста не обнаружено. Больной была назначена комбинированная противотуберкулезная терапия по I режиму, проводили плевральные пункции с аспирацией экссудата. В результате лечения состояние больной улучшилось, исчез кашель, плевральная экссудация закончилась через 7 дней. При контрольном флюорографическом обследовании 01.12.2011 г. слева определялись умеренные плевральные наложения (рис. 2). При выписке из стационара остаточные плевральные изменения были незначительными в виде облитерации синусов. Таким образом, диагноз туберкулезного поражения плевры у больной был верифицирован обнаружением ЭГКГ в материале пункционной биопсии париетальной плевры и подтвержден положительной динамикой заболевания на фоне противотуберкулезной терапии.



Рис. 2. Флюорограмма органов грудной клетки больной Л. от 01.12.2011 г. Слева в нижних отделах плевральные наложения. Диафрагма слева уплощена, синусы заращены

Fig. 2. Chest fluorography of female patient L. as of 01.12.2011. There are pleural depositions in lower parts on the left. The diaphragm is flattened on the left, sinuses are imperforated

Данные клинические наблюдения иллюстрируют трудности диагностики туберкулезной этиологии плеврита у онкологических больных, так как клинические, лабораторные и рентгенологические признаки присоединения туберкулезного плеврита не специфичны, а верификация диагноза микробиологическими методами в аналогичных ситуациях является маловероятной. В данных случаях отсутствие МБТ в мокроте было обусловлено изолированным поражением плевры без туберкулезных изменений легочной ткани. В плевральном экссудате

МБТ обнаруживаются редко в связи с большим их разведением – до 8,3% случаев методом посева на питательные среды и крайне редко методом микроскопии [7]. В таких условиях неопределенности данных обследования больных в учреждениях общей лечебной сети необходима персонификация диагностической тактики врача. При выявлении плеврального выпота у онкологических больных целесообразными являются использование всего комплекса диагностических методов для морфологической и микробиологической верификации диагноза и консультация фтизиатра.

Заключение

Представленные клинические наблюдения продемонстрировали особенности клинических проявлений туберкулезного плеврита у онкологических больных: подострое начало и постепенное развитие заболевания, умеренные цифры ($38,4^{\circ}\text{C}$ и менее) повышения температуры тела, угнетение туберкулино-

вой чувствительности, развитие плеврита при отсутствии туберкулезных изменений в легких и МБТ в мокроте и плевральном экссудате, отрицательные результаты ИФА на туберкулез в сыворотке крови и плевральном экссудате (в 2 случаях), сочетание поражения плевры туберкулезным и опухолевым процессом (в 1 случае). Вместе с тем появление синдрома интоксикации с повышением температуры тела у онкологических больных должно вызывать у врача настороженность о возможности присоединения туберкулезной инфекции. Низкая настороженность врачей общей лечебной сети в отношении туберкулеза у онкологических больных явилась причиной необоснованной длительности диагностического периода: от обращения больных к врачу до их поступления в стационар противотуберкулезного диспансера прошло 35, 42 и 56 дней. Раннее применение пункционной биопсии парietальной плевры позволяет в короткие сроки (5-8 дней) установить диагноз, что повышает вероятность благоприятного исхода туберкулезного плеврита (в 2 наблюдениях).

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии у него конфликта интересов.

Conflict of Interests. The author state that he has no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азина Г. М., Мишанов Р. Ф. О комбинированном поражении легких туберкулезом и раком // Туб. и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 19.
2. Браженко Н. А., Браженко О. Н. Туберкулез и рак бронхов // Туберкулез органов дыхания: руководство для врачей / под ред. Н. А. Браженко. – СПб.: СпецЛит, 2012. – Гл. 10.2. – С. 289-290.
3. Карашук Н. П., Киселева М. В. Рак и туберкулез легкого // Научный медицинский вестник Югры. – 2014. – № 1-2 (5-6). – С. 71-73.
4. Корецкая Н. М., Лесунова И. В. Клиническая картина и диагностика рака легкого у лиц пожилого и старческого возраста с остаточными туберкулезными изменениями // Успехи геронтологии. – 2011. – Т. 24, № 3. – С. 456-459.
5. Лаушкина Ж. А., Филимонов П. Н. Гипердиагностика туберкулеза у больных со злокачественными новообразованиями легких // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 5. – С. 56-59.
6. Трахтенберг А. Х., Франк Г. А., Пикин О. В., Амиралиев А. М. Диссеминированный туберкулез, имитировавший множественные метастазы в легких, у больной, ранее оперированной по поводу рака желудка // Рос. онкологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 43-44.
7. Тютин Н. С., Стогова Н. А., Гиллер Д. Б. Болезни плевры / под ред. В. В. Ерохина. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 256 с.
8. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с.
9. Bhatt M., Kant S., Bhaskar R. Pulmonari tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer // South. Asian. J. Cancer. – 2012. – Vol. 1. – P. 36-42.
10. Mocanescu D. G., Ambert L. G., Nicolaescu O. I. Medical history and risk of pulmonary cancer in tuberculosis patients // Europ. Resp. J. – 2005. – Vol. 26 (Suppl. 40). – P. 270.
11. Silva D. R., Valentini D. F., Müller A. M., de Almedia C. P., Dalcin P. de T. Pulmonari tuberculosis and lung cancer: simultaneous and sequential occurrence // J. Bras. pneumol. – 2013. – Vol. 39, № 4. – P. 484-489.

REFERENCES

1. Azina G.M., Mishanov R.F. On concurrent pulmonary tuberculosis and lung cancer. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2011, no. 4, pp. 19. (In Russ.)
2. Brazhenko N.A., Brazhenko O.N. *Tuberkulez i rak bronkhov. Tuberkulez organov dykhaniya: rukovodstvo dlya vrachey*. [Tuberculosis and bronchial cancer. Respiratory tuberculosis: guidelines for doctors]. N.A. Brazhenko, eds. St. Petersburg, SpetsLit. Publ., 2012, Ch. 10.2, pp. 289-290.
3. Karaschuk N.P., Kiseleva M.V. Lung cancer and pulmonary tuberculosis. *Nauchny Meditsinskiy Vestnik Yugry*, 2014, no. 1-2 (5-6), pp. 71-73. (In Russ.)
4. Koretskaya N.M., Lesunova I.V. Clinical manifestations and diagnostics of lung cancer in elder and senile patients with remaining tuberculous changes. *Uspekhi Gerontologii*, 2011, vol. 24, no. 3, pp. 456-459. (In Russ.)
5. Laushkina Zh.A., Filimonov P.N. Overdiagnosis of tuberculosis in those with malignant pulmonary tumors. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 5, pp. 56-59. (In Russ.)
6. Trakhtenberg A.Kh., Frank G.A., Pikin O.V., Amiraliev A.M. Disseminated tuberculosis simulated multiple pulmonary metastases in the female patient who was previously operated due to gastric cancer. *Ros. Onkologicheskoy Journal*, 2008, no. 4, pp. 43-44. (In Russ.)
7. Tyukhtin N.S., Stogova N.A., Giller D.B. *Bolezni plevry*. [Pleural Disorders]. V.V. Erokhin, eds., Moscow, OAO Izdatelstvo Meditsina Publ., 2010, 256 p.
8. *Ftiziatriya. Natsionalnye klinicheskie rekomendatsii*. [Phthisiology. National clinical recommendations]. P.K. Yablonsky, eds., Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015, 240 p.
9. Bhatt M., Kant S., Bhaskar R. Pulmonari tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer. *South. Asian. J. Cancer*, 2012, vol. 1, pp. 36-42.
10. Mocanescu D.G., Ambert L.G., Nicolaescu O.I. Medical history and risk of pulmonary cancer in tuberculosis patients. *Europ. Resp. J.*, 2005, vol. 26, suppl. 40, pp. 270.
11. Silva D.R., Valentini D.F., Müller A.M., de Almedia C.P., Dalcin P. de T. Pulmonari tuberculosis and lung cancer: simultaneous and sequential occurrence. *J. Bras Pneumol.*, 2013, vol. 39, no. 4, pp. 484-489.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Стогова Наталья Аполлоновна

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ,
доктор медицинских наук, профессор.
394622, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.
E-mail: Stogova.51@mail.ru

Поступила 04.05.2018

FOR CORRESPONDENCE:

Natalya A. Stogova

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko,
Doctor of Medical Sciences, Professor.
10, Studencheskaya St.,
Voronezh, 394622
Email: Stogova.51@mail.ru

Submitted as of 04.05.2018